UNA TERZA OVARIOTOMIA

Seguita da morte al 20° giorno dall'operazione

PER

A. D'ANTONA

Professore pareggiato di patologia chirurgica
e Coadiutore della Clinica Chirurgica nella R. Università di Napoli
Chirurgo dell' Ospedale dei Pellegrini.

Qualunque siasi l' esito, la storia della presente osservazione sarebbe stata in ogni caso publicata; e non pure perchè essa può sotto ogni rispetto riguardarsi come delle più eccezionali, che mai nella storia dell'ovariotomia si siano registrate, ma perchè credo sia un debito quello di rendere di pubblica ragione tanto i fausti quanto gl' infausti successi; se non si vuole dimostrare di servire più ad un sentimento di vanità personale che alla scienza ed all' umanità.

Nelle nostre province, come è in tutti i paesi, dove questa classica operazione non ha fautori, l' unico modo per accreditarla è quello di essere franchi e veritieri nel rendiconto di tutto ciò che accade intorno a questo obbietto, tanto per non dar luogo a fantasticare e falsare le cose. Quando un' idea è vera, e pratica, come quella dell'ovariotomia, non può mancare di accreditarsi; e niun mezzo meglio della publicità può affrettarne il completo trionfo.

Dopo la publicazione dell'ultimo mio caso guarito del mese di agosto 1878 si sono in Napoli eseguite altre tre ovariotomie.

La prima verso il principio dell' anno corrente eseguita dal prof. Morisani ebbe un pieno successo; e fu il suo primo caso di guarigione. Il Morisani finalmente si è persuaso ad essere un po' meno negletto nel preparare il luogo e nella medicatura alla Lister (Oh! quanto s' è ancor lontani da un'esatta osservanza dei preziosi precetti Listeriani!), a pungere la donna preventivamente, ad abbandonare la sutura incavigliata, e più specialmente l' *ecrasseur* per stringere il picciuolo; ed ora mi resta solo a desiderare, ch' egli si persuada infine a prevenire con un mezzo qualsiasi

la inevitabile putrefazione del moncone del picciuolo strozzato e lasciato di qua del clamp. L'avere trascurato in quel caso di disinfettare o causticare, o mummificare quel pezzo del picciuolo, ebbe la conseguenza del suo disfacimento putrido ed icoroso, che minacciò estendersi a tutta la ferita. Difatti il Morisani in vista di ciò fu costretto rimuovere innanzi tempo il clamp e recidere la porzione guasta del picciuolo; il quale poi sciolto dal punto fisso tenuto dal clamp si ritirò profondamente nell'angolo inferiore della ferita, mantenendo lunga suppurazione, e lasciando sempre a temere il suo distacco dalle labbra della ferita, e la conseguente acuta peritonite suppurata, ugualmente come avvenne in un'altra sua operata, della quale parlai nell'ultima publicazione.

Si persuada adunque il prof. Morisani di quest'ultima osservazione, ed io così sarò pienamente soddisfatto per lui e per le sue inferme per averlo indotto ad accettare con assoluta confidenza i precetti dell'esperienza dei grandi ovariotomisti. Dopo tutto ciò quando il prof. Morisani in una delle sue solite allusioni a me, abusando della buona fede di giovani discenti asseriva che quest'ultima sua inferma era stata operata nello stesso modo come tutte le altre sue operate e morte, disse cosa vera? Quando non s'è veritieri nel riferire i fatti, si corre il rischio di perdere il credito.

La seconda operata dallo stesso prof. Morisani nell'aprile ultimo fu sventurata assai! Era un'attrice drammatica piena di vita e di salute, con cisti di mediocre grandezza. Furono trovate estese aderenze; però la estirpazione della cisti potè completarsi. Le aderenze al chirurgo operatore apparvero molto più estese, più fitte, di quello che veramente erano. Difatti sulla tavola anatomica si scovrì un estesissimo scollamento della fascia di Cooper e peritoneo, dalla ferita sino alla piccola pelvi e fianco dritto, quindi naturalmente quelle aderenze, che si credettero sciogliere tra cisti e peritoneo, erano tra fascia di Cooper e peritoneo coi muscoli addominali, e per sopraggiunta nella cavità addominale di quella povera infelice, morta 18 ore dopo operata, furono trovate due spugne, grande ciascuna quanto un grosso pugno di un uomo, ed allogate una tra la fossa iliaca e piccola pelvi a dritta, nel sacco di scollamento del peritoneo e muscoli, e l'altra tra il pacchetto degl'intestini tenui. Quando il chirurgo s'accorge di lasciare i muscoli a nudo quasi fosse una preparazione anatomica ci vuole altro per persuadersi che non è sulla dritta via? È quistione di un pò di anatomia grossa.

Per il fatto delle spugne non si deve giammai trascurare il precetto dato dagli operatori di contare strumenti e spugne, pria di accingersi all'atto operativo; così solamente Spencer Wells, potè accorgersi di avere lasciato dentro lo addome una pinzetta, e subito rimediarvi; s'immagini se lo errore sarebbe stato facile a scovrirsi trattandosi di due spugne.

La terza ovariotomia fu da me eseguita il maggio ora scorso.
Forse alla osservazione dell'anatomista patologo si sono dati casi consimili a quello, ma certamente al coltello dell'ovariotomista non si presentò mai una cisti tanto voluminosa, così estesamente e completamente aderente, con tali complicazioni, e di così ingannevole diagnosi quanto quella della mia operata. Eppure il risultato non può dirsi affatto sfavorevole in quanto

che esso prova ancora una volta che la guarigione è possibile bensì nelle cisti non estirpate, mercè il vuotamento e la suppurazione libera.

La signorina Adelaide Pagano di Napoli, di anni 30, nata da sani genitori, realmente vergine, di buona costituzione organica e sana, mestruata sempre regolarmente dal suo 16° anno, sul finire del 1875 incominciò a soffrire di un certo peso, e di vaghe pene verso la regione iliaca dritta, le quali, dopo qualche mese, si corressero da per loro. Due anni dopo da questa data la signorina s'accorse di un gonfiore alla pancia, tanto che da altri fu sospettata incinta; e poichè ella era allora piuttosto pingue non potè col tatto, nè colla vista riconoscere la sede precisa del maggiore gonfiore, e perciò mi parlò sempre di generale ingrandimento del volume dell'addome.

D' allora in poi, non ostante tutte le cure e la regolare vita, ella vide il suo addome gradatamente crescere, e pur conservando mediocri le funzioni del tubo gastro-enterico, dimagrì ogni giorno sempre più; non ebbe mai dolori, mai pene sensibili all'addome, mai febbre.

A lei parve una volta che andando a respirare aria più pura e secca lo addome si fosse ridotto un pò. Or sono dieci mesi perdette le sue regole dopo essersi fatte sempre più scarse.

Nell' aprile ultimo fui a visitarla per la prima volta, e trovai:

Una giovane di mediana statura, scarna immensamente, la faccia pel profondo infossamento delle gote e degli occhi, pel delineamento chiaro delle sporgenze ossee, per la pelle a colorito pallido sporco, e pure l'inferma non era abbattuta o depressa, o sofferente, dava l'aspetto della più tipica *facies ovarica*. Torace scarno, corto, slargato in basso, a brevi escursioni respiratorie. Itto cardiaco più esteso.

Addome enormemente voluminoso, prominente, schiacciato ai fianchi e cadente a bisaccia sul pube, sull'alto delle cosce ed ossa iliache, a pelle molto assottigliata, distesa, lucida. La cicatrice ombelicale appena infossata, ma certamente non prominente. I rami capillari delle tegumentose addominali fortemente dilatati ed appariscenti. Questa dilatazione non si estendeva ai tronchi principali, ma s' arrestava a cinque dita trasverse sopra l' arcata crurale.

Le dimensioni dell' addome erano: la linea ombelico-xifoidea cent. 35 — la pubo-ombelicale 39 — la circonferenza in corrispondenza dell' ombelico cent. 124 — a due dita trasverse sotto cent. 126.

Addome equabilmente cresciuto, a superficie e consistenza equabile in tutto l' ambito. Fluttuazione superficiale, chiara in tutti i punti ed in tutti i siti, flotto trasmissibile tra i più lontani ed opposti poli, e visibile anche alla vista; così come è visibile l' ondulazione di un liquido contenuto in un otre, tanto erano assottigliate le pareti addominali. La linea di percussione era delle più precise, e delimitava la parte più alta della regione epigastrica, piccola zona delle ipocondriache e lombari.

Tra l' epate ed il tumore una limitata zona di percussione timpanitica, e lo stesso tra la milza e questo. La linea di percussione vuota in alto non scorreva chiaramente in basso nelle profonde ispirazioni, le quali d'altronde erano limitatissime. Notevole fu l' osservazione che applicando la mano contro la regione lombo-ipocondriaca, cioè a dire sull' aja di chiara

e superficiale percussione timpanitica, l'onda del liquido spinta da un colpo secco dato alla parte opposta delle pareti addominali, era avvertita chiarissimamente, e sì che con due mani applicate sui punti intermedii venivano ad infrangersi le vibrazioni impresse alle pareti addominali. Questo ultimo fatto gittò nell'animo mio il dubbio che non fosse qualche idrope libera da cronica peritonite o altro, che avesse potuto nel modo più bizzarro sospingere e fissare i visceri addominali alle regioni periferiche della cavità addominale. Inutile è il dire che a tanta estensione di cisti e con tali sottili pareti non occorreva tentare di provare la mobilità del tumore o la sua precisa delimitazione col tatto.

Lo esame dell'utero e del cavo vaginale poteva darci buoni risultati, e perciò provai d'introdurre il dito in vagina, ma l'imene era così stretto e fermo, ed il mio forzato tentativo riuscì tanto doloroso che, presente il prof. Cardarelli dovetti desistere e rinunziare definitivamente a quell'esame. Ad ogni modo confortato da tutti gli altri fatti mi decisi a pungere quell'addome.

Con un piccolo trequarti (perchè il contenuto fu giudicato assai tenue) punsi nella linea mediana, assistito dal mio ordinario ajuto dottor Scambelluri e dal dottor Terenzio. Facendo colare il liquido lentamente, e chiudendo di quando in quando la canula e senza alcuna sofferenza della inferma pervenni ad estrarre 27 litri di liquido (misurati). Il liquido di colore carico come la birra inglese, e denso conteneva grande quantità di albumina (60 p. 1000); ed una quantità di cristalli di colesterina, mai vista dal prof. Primavera. Quei cristalli formavano come masse di fiocchi sospesi liquido.

La inferma ristorata e convenevolmente fasciata fu di poi rimessa letto.

Trascorsi quattro giorni e rimossa per un momento la fasciatura, osservai l'addome pochissimo modificato da quello ch'era immediatamente dopo la punzione; e cioè con tegumenti addominali raggrinzati e corrugati a grandi pieghe — pareti addominali fortemente depresse ed avvallate con bordi dell'apertura inferiore del torace assai prominenti — appena alcuni litri di liquido si scovrivano raccolti nella regione pubo-pelvica. Si riapplica la fasciatura compressiva, e si prescrive alla inferma una dieta piuttosto larga ed azotata e del ferro; non si può immaginare l'immegliamento generale che ne seguì nel corso di un mese. Intanto lo addome assai lentamente cresceva, ed io così avevo agio a studiare sempre meglio il caso. Infine alcuni giorni prima dell'operazione feci osservare la mia operanda ai distinti amici prof. Diodato Borrelli ed Alfonso Guarino, e da loro potei vedere confermati i seguenti fatti. Ora la raccolta sierosa appariva alla vista meglio circoscritta alla parte inferiore e mediana dell'addome (il liquido contenuto potea sssere approssimativmente da 9 a 10 litri), e colla percussione la raccolta liquida si delineava bene dalla cicatrice ombelicale a scendere obliquamente alle fosse iliache, e questa posizione di cose non si modificava nella giacitura supina, o in ginocchio; cosicchè a giudicare da queste due osservazioni si poteva concludere non solo trattarsi di cisti, ma che essa si era ridotta dopo la punzione in quei limiti sopracennati.

Come vedremo su questa ultima conclusione fummo ingannati, e confermavano me e gli altri amici nell'errore altri due fallaci dati diagnostici.

Io mi trovo aver detto nel mio scritto, a proposito della mia seconda ovariotomia e seconda guarigione: « quando la cisti ha aderenze parietali « sino in alto dell' addome; dopo ch' essa è vuotata in massima parte per « la punzione, e ridotta nei giorni susseguenti ad un piccolo tumore, che « si riconosce di sopra del pube, la spostabilità in alto della sua linea « superiore di percussione è notevole, quando si fa una dolce pressione « sul corpo della cisti in basso » (Movim. pag. 13).

Ebbene ho ragione a mantenere ancora tutto il valore di quel mio segno diagnostico, ma in questo caso mi ingannò e mi piace qui discutere la ragione dell'inganno. Premendo difatti largamente colle mani sul pube, la linea di percussione vuota dall' ombelico risaliva appena di due dita trasverse. Naturalmente si concluse che la cisti schiacciata un pò alla pressione rimontava alquanto col suo alto fondo, ma non si potea ammettere che l' antico cavo cistico, che risaliva all' appendice ensiforme e sotto gli archi costali fosse ancora esistente, perchè in questo caso dovea il liquido spostandosi risalire fin là. Quest' altra osservazione ci confermò nella diagnosi di cisti, *ridotta* di volume e discesa in basso.

Colla pressione avvicendata delle due mani, o pure con un colpo secco, determinando delle ondulazioni nel liquido di quel cavo cistico a pareti molto rilassate, si notava che le onde di liquido apprezzabili colla mano e visibili all'occhio, come quelle che si possono imprimere ad un otre appena pieno ed a pareti molli e rilassate, si trasmettevano per tutto l'ambiente del cavo cistico colla stessa intensità e precisione, colla quale erano partite, e si rompevano giusto in quel limite periferico della circoscritta raccolta. Il primo fatto confermava sempre dippiù la diagnosi di cisti, imperocchè quando la raccolta è libera, peritoneale, la grande ampiezza della cavità, e la sua irregolarità, ed anfrattuosità specialmente quando la quantità del liquido è poca in proporzione del cavo, le cui pareti perciò sono assai rilassate, l' onda procurata con un colpo secco non si mantiene per lungo tratto, ma si disperde per ogni verso e si dilegua per via. Il secondo fatto ci confortò meglio ancora nell'opinione, che la cisti erasi ridotta. Bisognava altro per concludere che la cisti era scorrevole sotto le pareti addominali, e che quindi aderenze non potevano esistere? Aggiungasi che al di fuori di alcuni dolori vaghi e mediocri avvertiti molto tempo prima nella regione laterale dritta dell' addome, non vi furono mai segni di peritonite. Non sensibile, e non indurito alcun punto di tutto l'ambito della cisti, non segni di compressione di intestini o stiramenti di visceri. Avrebbesi potuto fare altra ricerca diagnostica, avrebbesi potuto cioè piazzare capovolto il corpo della inferma, oppure tenendola in ginocchio abbassare di molto il torace sì da poggiarlo sul piano del letto ed a livello delle ginocchia, ma la inferma assai bizzarra vi si oppose, e forse io feci male a non insistervi, perchè sicuro delle particolarità diagnostiche.

Coi migliori auspicii dunque preparata una bella casa, ben esposta e scrupolosamente ripulita e disinfettata; purgata convenevolmente la inferma e ristorata, verso le prime ore del mattino, con del consumè ed una pic-

cola bistecca, all'ora 1 p. m. del giorno 27 giugno procedetti all'operazione. Erano presenti i prof. Gallozzi, Schrön, Cardarelli e molti altri amici medici e chirurgi.

Cloroformizzata la inferma praticai una incisione sulla linea alba, come al solito, e della lunghezza approssimativa di 8 cent., furono ligati numerosi rami arteriosi pria di scovrire la cisti. La riconoscenza della sua parete fu assai difficile, perchè assai sottile, ed intimamente aderente al peritoneo; ma colla guida dell'anatomia e colla paziente analisi di ciascuno strato anatomico incontrato ed inciso, si pervenne direttamente sul corpo della cisti, che immediatamente fu punta col grosso trequarti di Spencer Wells.—Il liquido cominciò a venir fuori liberamente; ma siccome il tessuto della parete cistica era assai tenero, la ferita prodotta dal trequarti si allargò, ed il liquido venne anche a colare dai dintorni della cannula. In questo mentre io andava col dito scollando le aderenze attorno, le quali abbenchè strette pure si lasciavano sciogliere; ma a misura che col dito si andava più lungi, le aderenze si facean più strette e solide. Le stesse mediocri trazioni intanto fatte sulla membrana cistica stretta dalle pinzette di Nélaton, la laceravano e la ridussero in brandelli. Laonde reputai conveniente prolungare l'incisione in alto di altri 4 o 5 centim. Aperta così liberamente la cavità cistica recò una grande sorpresa la vista di quattro cordoni della grossezza media di un mignolo di donna, lunghi, lievemente nodosi, vascolari, i quali attraversavano liberamente la cavità cistica da sopra in sotto. Erano delle corde che dal cul di sacco cistico superiore epigastrico scendevano parallelamente—a fissarsi a cul di sacco inferiore pelvico—liberi di qualsiasi altra aderenza colla parete cistica e tra di loro. Allora colla mano introdotta liberamente nella cavità cistica potei verificare, e con me il Prof. Schrön, che essa s'estendeva dall'ipocondrio dritto al sinistro da un fianco all'altro sino alla piccola cavità pelvica, e che la membrana cistica era aderente a tutte le pareti addominali assottigliate ed a tutti i visceri contenutivi. — Non ostante ciò io continuai a scollare la cisti sino al fianco dritto, liberai dalle aderenze alcune anse intestinali, sì da pervenire a dritta della colonna vertebrale; ma non si potè assolutamente andare innanzi. Allora si presentò la quistione sul da fare di quei tali speciosi cordoni. Si pensò a ligarli vicino i loro punti di impianto ed esciderne la parte intermedia—e certamente sarebbe stato il miglior partito—ma la sfiducia completa, che prese me e gli altri, di pensare a poter salvare l'operata, il pericolo di far sangue ulteriormente, mentre la inferma stava in serio stato di depressione, mi determinarono a procedere spedito al complemento dell'operazione—e raccolti quindi a fascio tutte le porzioni della membrana cistica più o meno lacerate, le strinsi col *clamp*. Cucii la ferita col cat-cut, e poi medicata e ristorata con del marsala la inferma fu condotta a letto nella stanza attigua. Il metodo di Lister fu usato col maggior scrupolo tanto nel preparare casa, strumenti e pezzi di apparecchio, quanto nell'operare e medicare.

Naturalmente io era preparato ad un immancabile e non lontano rovescio, e deggio confessare che trascurai la inferma nella sera, ritenendo la partita completamente perduta—tanto che la sera essendosi annunziato un po' di vomito non credetti che valesse la pena di pregare uno dei miei assistenti per la guardia di notte. Intanto la temperatura la sera fu di 37,2 con polso 100, e respiro regolare; nella notte si pronunciò il vomito, ma il mattino appresso trovai la inferma in uno stato inaspettatamente lodevole. Rinata nell'animo mio qualche speranza mi diedi alla più scrupolosa sorveglianza ed attività. Riesco a calmare del tutto il vomito e come per incanto con bicchierini di sciampagne frappée—incoraggio la operata, somministro qualche cucchiaio di brodo leggiero—insisto nella pulizia e disinfezione della stanza e sieguo da questo momento passo per passo la inferma e la ferita; ed ecco qui i più importanti ragguagli.

Giorno	Temperatura	Polso	Respirazione	OSSERVAZIONI.
1°				Sino alle prime ore della sera del giorno dell'operazione la temperatura fu un pò bassa; tendenza al vomito e più tardi vomito addirittura. Pezzetti di neve per bocca e vescica di ghiaccio nell'epigastrio con poco o niuno effetto. Urinazione regolare. Addome indolente affatto e sempre abbassato.
2°	38.4*	96	28	Si ripete il vomito, perciò la notte si passò insonne, si somministra dello sciampagna, ed il vomito cessa per incanto; due piccole tazze di brodo nel giorno. Addome sempre depresso, ed indolente anche alla forte pressione in tutta la sezione sopra ombelicale, dove si mostra anzi più resistente.
	38.7	120	32	
3°	38.2	104	30	Verso le ore 9 a. m. del 3.° giorno, cioè 44 ore circa dopo l'operazione si scovre la ferita sotto una nebbia fenicata—niuno cattivo odore—un pò di siero torbido ed inodore attorno il picciuolo, che è secco, e duro — attaccato al clamp un piccolo grumo sanguigno così ben conservato da parere come formatosi da pochi momenti prima. La ferita appare riunita tutta con pochissimo, anzi quasi nessun turgore infiammatorio, però le margini sonosi accavallate. Addome idem s'insiste sui consumè e marsala.
	39.3	124	38	
4°	39	116	36	Addome idem. S'avvertono dall'inferma rumori intestinali, ed una certa qual voglia di defecare—si continuano i consumè e la marsala, e s'ordina un clistere che procura una mediocre scarica di buoni materiali fecali.
	39.2	124	38	

*) La temperatura era presa più di due volte al giorno, ma qui è riportata la temperatura del mattino verso le ore 9 a m. e quella della sera ore 9 p. m. circa.

Giorno	Temperatura	Polso	Respirazione
	39.1	116	38
5°			
	39.3	116	40
	38.2	104	32
6°			
	38.3	198	36
	48.3	104	32
7°			
	38.5	104	36

OSSERVAZIONI.

Si scuovre per la 2ª volta la ferita, che in alcuni punti, dove le margini non venivano a contatto perfetto, suppura superficialmente—dai dintorni del picciuolo viene fuori colla pressione attorno una buona quantità di siero torbido appena un po' puzzolente e con qualche piccola vena di pus. La quantità di quel liquido si calcola a mezzo litro — si rimuove il punto di cucitura più prossimo al clamp, ma non si riesce affatto ad introdurre un piccolo tubo a drainage o di cristallo. Lo addome sempre abbassato, indolente, e superiormente indurito—si medica al solito, e si somministra bisolfato di chinina con consumè e marsala. Si ha una spontanea defecazione.

Si medica per la 3ª volta—viene fuori altra quantità di liquido quasi inodore, ma più purulento, pus dalla ferita superficialmente — il clamp vacilla e si muove. Chinina, brodi, arrosto, marsale.

Si torna a medicare la sera. Con un coltello bottonato strisciando esattamente lungo la faccia inferiore del clamp si taglia il picciuolo, e quello vien rimosso—si ha qualche goccia di sangue, e non si riesce nemmanco ad introdurre un tubetto. Si rimuove altro punto di sutura.

Alla medicatura del mattino si riesce a spingere due tubetti a drainage pella ferita giù profondamente nella pelvi, ad uno dei tubi si connette un apparecchio aspiratore con una grande bottiglia e siringa aspiratrice, e per l'altro si spingeva l'injezione fenicata—in guisa da fare una larga e generale lavanda del cavo suppurante lasciandolo dipoi del tutto asciutto mercè del tubo aspiratore. Si rimuovono gli altri punti di cucitura. La ferita si apre e suppura per tutto lo spessore del derma e del connettivo sotto-dermico rimanendo unita profondamente. Dall'angolo superiore per un'apertura obliqua e del diametro di un centimetro si penetra in una cavità, e da quì vien fuori per la prima volta una picciola quantità di siero bianco-torbido—vi s'introduce un tubo e si fanno delle injezioni. Dopo molte e ripetuti tentativi e varii modi di comprova si viene a determinare nel modo più positivo che injettando un 300 grm. circa di liquido, lo si poteva osservare raccolto in una piccola cavità sopraombelicale e mediana, e forzando la injezione esso rifluiva con forza per la ferita in guisa da fare argomentare che

Giorno	Temperatura	Polso	Respirazione	OSSERVAZIONI.
				tutta la parte mediana del cavo cistico, come il suo insaccamento agli ipocondrii dritto e sinistro, erano del tutto obliterati. Brodi, pezzetto arrosto, chinina.
				Le medicature come al solito, prodotto quasi inodore. Si concedono due rossi di uovo nel corso del giorno. Forte indigestione, eruttazioni putride meteorismo alla sera — grande anzia e frequente il respiro.
	38.5	112	36	
8°				Si somministra, presenti noi, del bicarbonato di soda in acqua, ne seguono abbondanti eruttazioni, ed il tutto rientra in perfetta calma nel corso di mezz' ora. Intanto nella notte incomincia una mediocre diarrea di materie fecali e tenesmo. Si sospende il chinino.
	39.4	126	40	
				Continua la diarrea con tenesmo e tormini intestinali e sete — si somministra un' oncia di manna (abituale purgante dell'inferma) e si ha mediocre effetto — si praticano dei clisteri landarizzati ed amidati. La inferma migliora sensibilmente = brodi, pezzetto arrosto a succiarne solamente il sugo, e poco marsala.
	38.3	120	32	
9°				
	39.0	128	36	
	38.5	120	34	Continua il miglioramento, si dà del latte di asina. La sera indigestione, sviluppo di gas, e tormini intestinali—la notte torna la diarrea ed il tenesmo.
10°				
	39.3	132	40	

Da quel giorno tutto l'andamento si può riassumere così: febbre continua che oscillava tra 38,2 al mattino e 39,3 ed anche 39,5 la sera. Nel 15°, 16° e 17° giorno la temperatura si mostrò più elevata nel mattino che la sera; il polso continuò frequente, ma la respirazione più regolare; persistente diarrea di materiali fecali e muco con forte tenesmo. Riesce inutile o di poco giovamento l'oppio, il bismuto, la polvere di Dower; qualche sollievo portano i clisteri amidati e fortemente laudanizzati. Non ostante l'assenza di ogni altro sintoma, pure sospettandosi di avvelenamento carbonico si sostituisce il salicilato di soda all'acido fenico. I fenomeni enterici continuano imponenti, epperò il prodotto della ferita s'icorizza, laonde con confidenza si torna all' acido fenico. Non ostante le forze si deprimono, e qualche sudoretto compare nella notte del 17° giorno. Caccia per l'alveo ancora materie fecali, ed alcuni corpi coverti di bile e somiglianti del tutto nella forma e grandezza ai faggioli. Con un esatto esame quei corpi si dimostrano consistere di latte densamente coagulato.

Era il latte di asina indigerito, che s' era dato cinque giorni innanzi. Al 18.° dì infine per disperazione si somministra ogni ora una soluzione gommosa e bismuto in guisa da consumare quattro grammi di bismuto nel corso di 16 ore, e si praticano clisteri al nitrato di argento. Così cessò la diarrea che immantinente minacciava la vita della inferma, ma la de-

bolezza e la depressione generale erano grande. Il 19° dì si passò benino, ma ritornò nella sera il vomito, che la mattina del 20° giorno continuò appena, allora incominciò un generale abbassamento di temperatura agli estremi, e diminuì il prodotto della lesione—la temperatura all'ascella scese a 37,8 poi nelle ore m. 37,5 e con questi fatti di generale ed uniforme abbassamento di tutti i poteri della vita, con progressivo abbassamento della temperatura e dell'impulso cardiaco, con incipienti allucinazioni visive, con subdelirio placidissimo, muore la inferma a notte avanzata del 20° giorno dopo l'operazione.

La storia di questo caso, come si vede, è assai singolare. Singolare era la disposizione della cisti, per cui gli equivoci diagnostici. Singolare la sua costituzione anatomica. Singolare infine è il risultato operativo, perchè mostra come una cisti ovarica eccezionalmente grande ed aderente possa essere operabile, perchè guaribile per infiammazione adesiva o semplice suppurativa *grazie all' aiuto della medicatura antisettica.*

I.

La cisti fu giudicata libera di aderenze almeno parietali per l' anamnesi negativa di precedenti peritoniti, pel nessuno inspessimento o durezza in alcun punto dell' addome, e principalmente perchè la cannula del trequarti subiva una forte deviazione; perchè la raccolta nel riprodursi dopo la punzione si mostrava circoscritta in basso, perchè non si modificava col mutar di posizione della inferma e perchè provando di spostare colla pressione e col colpo secco il liquido e le ondulazioni in alto, non si riusciva a modificare i limiti stabiliti della raccolta circoscritta.

Pria di tutto tengo assai a dichiarare che il complesso di tutti quei dati diagnostici hanno per me tale un valore, che se dimani mi si dasse un caso, che me li presentasse tutti, io non saprei come fare diversamente che escludere l'esistenza di aderenze. Potrei forse una seconda volta esser tratto in inganno, ma la natura delle cose nostre e del nostro sapere così è, che mentre ne siamo in genere illuminati, talvolta siamo tratti in errore dalla forza stessa delle nostre conoscenze.

In realtà io non posso dare gran peso alla mancanza di precedenti segni di peritoniti ed assenze d'indurimento ecc., perchè sappiamo ch' esse possono decorrere così lente e subdole ed essere così pochi i suoi prodotti da sfuggire agevolmente al giusto apprezzamento del chirurgo, tanto più che dolori miti, vaghe sensazioni di stiramenti ecc. accompagnano lo sviluppo delle grandi cisti, senza potere da ciò dedurre l' esistenza di aderenze. Se noi avessimo potuto col dito o meglio colla sonda saggiare la mobilità dell' utero, avremmo forse potuto sospettare qualche cosa, ma mai quella che si trovò.

Il forzato spostamento della porzione esterna della canula del trequarti a sinistra, semiologicamente significava questo, che uno strato o un piano anatomico delle pareti addominali e cistiche scorreva libero sugli altri, ed in controsenso; e poichè era già in campo l'idea di una cisti libera di aderenze, e nessuno dei piani anatomici può così agevolmente scorrere

sotto gli altri, quanto una indipendente e contrattile parete cistica sotto le pareti addominali, così si credette leggere in quel segno una prova di più per l'assenza di aderenze. Il fatto poi dimostrò che quel segno era determinato dal differente ritrarsi del piano muscolare e della cute, vuoi perchè da un lato i muscoli erano meno alterati e perciò più contrattili, vuoi perchè la cute per troppo distendimento più da un lato che da un altro avea un potere retrattile differente ai due lati.

Lo studio e la spiegazione degli altri fatti, che maggiormente concorsero al nostro inesatto supposto, è più importante e difficile.

Dopo una serena considerazione di tutti i fatti osservati ecco quale pare a me che sia la chiave, che può nell'insieme spiegar tutto.

Quando fu largamente aperto lo addome potè accertarsi che tutti gli intestini in massima parte erano ricacciati in alto verso l'epigastrio ed ipocondrio, ed alcuni ai lombi e contro la colonna vertebrale dorso-addominale. Nelle fosse iliache, pelvi e parte bassa dell'addome non c'era massa d'intestini, e poichè erano tutti in quella posizione fissati e schiacciati, una volta vuotata la cisti essi non poterono discendere in basso dell' addome, ed invece si svilupparono in tutta la sezione sopra-ombelicale della stessa. Quì gl' intestini procedendo dall' alto e dai lati, coverti e collegati insieme dalla parete cistica postero-superiore, fecero addossare le due opposte pareti cistiche; cioè la parietale e la viscerale tra loro a guisa di un vero peritoneo, in modo che le pareti addominali coverte dalla parete cistica s' addossavano immediatamente sugl' intestini coverti dal foglietto cistico viscerale, ed il cavo cistico in questa sezione era più virtuale, come dicesi, che reale.

Nella metà inferiore invece il cavo cistico rimase realmente, perchè la membrana cistica aderendo alla superficie degli organi pelvici, alle fosse iliache ecc. le pareti addominali abbenchè si fossero di molto abbassate non poterono farlo di tanto da mettersi in contatto con tutte le pareti di quello irregolare profondo cavo. Di tal che, a parte inferiore rimase realmente un cavo con pareti forzatamente avvicinate dalla pressione atmosferica, nel quale si raccolse, circoscritto ed inamovibile, il liquido lasciato dopo la puntura. Or quando esso liquido incominciò a riprodursi trovò più favore a raccogliersi in basso, e permettere alle pareti addominali sotto-ombelicali di spianarsi invece di tenersi infossate, anzichè raccogliersi in alto; dove a farsi uno spazio era necessaria una sufficiente forza per comprimere gl' intestini in dietro, e per spostare in avanti la parete addominale; e quando colla larga pressione sul basso ventre si cercava spostare in alto il liquido, invece di divaricare le opposte pareti della sezione superiore addominale, e ricostituire tutto il cavo cistico, esso andava ad allogarsi ai fianchi, o tutto al più scollava la rima tra gli intestini e pareti addominali in alto, di tanto per quanto era necessario a fare spazio al poco liquido spostato. Quì può applicarsi la dottrina di Petit per spiegare il fatto che le emorraggie intraddominali danno focolai circoscritti, e non spostabili affatto per variare di sito e posizione dello infermo.

Così va spiegata, ed in modo credo assai positivo, la circoscrizione del liquido raccolto in grande cavo cistico, la sua inamovibilità per variare di

posizione e condizioni, e la limitata diffusione delle vibrazioni ed ondulazioni.

Se gl'intestini non fossero stati così aderenti tutti in alto, allora il loro sviluppo si sarebbe esteso a tutto l'addome, e la cisti sarebbe stata compressa in tutto il suo ambito posteriore.

Nel caso nostro la parete postero-superiore della cisti aderendo superiormente ad un piano mobile, quale erano gli intestini, dopo vuotato il liquido, venne a mettersi in immediato contatto col foglietto cistico aderente alle pareti addominali; restando così annullato tutto il cavo cistico di quella sezione sopra-ombelicale. Nel segmento inferiore invece le pareti cistiche aderendo intimamente a piani rigidi come la pelvi, fosse iliache e colonna vertebrale, il cavo cistico rimase in parte in atto, e molto disposto ad ingrandirsi.

II.

La patogenia e costituzione anatomica della cisti in parola è più difficile a spiegarsi.

Sarebbe assai ozioso il volere quì quistionare sulla vera origine primitiva della cisti; perchè dopo tutto rimarremmo sempre nel campo delle ipotesi.

A me è accaduto di osservare una signora con cisti-ovario, la quale aveva presentato pel periodo di un anno tutti i segni di una intercorrente e cronica peritonite; e siccome ella avea appreso d'altri chirurgi che quei fatti controindicavano un'operazione, venendo da me col vivo desiderio di essere operata, si studiò di celarmi la storia dei fatti sofferti, se non che la osservazione dall'esterno, la persistente sensibilità alla pressione, e le domande suggestive fattele nelle osservazioni successive mi misero in grado di saper tutta la verità.

Or nel caso della signorina Pagano io posso nel modo più positivo escludere questo possibile inganno per parte della inferma, ed il fatto positivo è che dolori contemplabili nel periodo di tre anni non ci furono mai, nè mai febbre. Di guisacchè si è obligati a concludere che la peritonite lenta e di un carattere cospicuamente adesivo si svolse nel modo più subdolo e silenzioso. E la significazione e formazione anatomica di quei cordoni intra-cistici come può intendersi? A mio parere una è la spiegazione possibile, e questa idea venutami in mente lì sul momento fu accettata da molti e dal Prof. Schrön. Quei cordoni erano residui di antichi setti divisionali di diverse loculazioni cistiche.

I setti una volta rotti per ingrandimento progressivo del corpo principale della cisti vengono distesi e si atrofizzano per stiramento ed atrofia accomodatrice, e s'assottigliano sino al punto da rimanere solamente i vasi raggruppati insieme a poco connettivo perivasale.

Troviamo un' analogia a questo fatto negli ascessi e nelle caverne pulmonali, quando per confluenza di diversi ascessi o caverne, o per progressione distruttiva di una, s' incontrano vasi di un certo calibro, questi facilmente resistono, si circondano di sodo connettivo, e come grossi cordoni attraversano in vario senso il cavo suppurante o ulceroso.

III.

Fatta la piccola incisione e vuotata in grande parte la cisti, non riuscì difficile lo scollare la membrana cistica nei dintorni della ferita; se non che le aderenze si faceano più fitte ed insolubile a misura che procedeva innanzi, laonde credetti opportuno allargare la ferita prolungandola di alcuni centimetri in alto. Fu allora certamente che si scovrirono quelle generali e strette aderenze. Diversamente avrebbesi potuto dopo la punzione cucire la ferita e terminare la l' operazione, la quale sarebbesi ridotta in sostanza ad una semplice paracentesi.

L' insolito indurimento indolente che s'osservò fin dai primi giorni estendersi per quasi tutta la metà superiore o sopra ombelicale dell' addome, lo scarso prodotto siero-purulento, che venne a farsi strada per l' angolo superiore della ferita dopo otto giorni dall' operazione ed il limitato cavo, che persistette nei giorni consecutivi, significavano sino alla evidenza che tutto quel segmento superiore del cavo cistico era stato obliterato per diretto accollamento delle pareti cistiche a causa di un' infiammazione adesiva. E se le pareti cistiche del segmento inferiore fossero state ugualmente in condizioni da potersi mettere a mutuo contatto, o almeno venire in molto ravvicinamento tra loro, forse lo stesso processo d' infiammazione ed essudato fibrinoso adesivo avrebbe potuto obliterare quel corrispondente cavo cistico, in ugual guisa come avviene la sinechia delle sierose, delle borse mucose, e delle sinoviali per infiammazione adesiva o spontanea, o traumaiica, o medicamentosa.

Nel caso in quistione il trauma, le manovre, le lavande erano servite a promuovere quel processo di salutare infiammazione adesiva. La singolare osservazione a fare è questa, che l' essudato fibrinoso adesivo avea coinvolto eziandio quei tali cordoni intracistici, e per tutta quell'estensione per la quale il cavo cistico s'obliterò. Nel segmento inferiore del cavo, nel quale si poteva comodamente guardare, quei cordoni in parte si mortificarono e si separarono, in parte si covrirono di buone e rosse granulazioni.

Per dimostrare l' importanza vascolare di quei cordoni, ricorderò il seguente fatto: verso il 12° giorno due di quei grossi cordoni, che attraversavano il fondo della lesione in basso verso la pelvi comparvero liberi nella loro estremità inferiore. La scontinuazione era avvenuta per necrosi e rammollimento e consecutiva separazione dal punto d'impianto inferiore. Allora pensai tirar fuori i loro capi liberi e notanti, e ligarli separatamente, e più profondamente che si potè. Verso il terzo giorno mi venne in mente tagliare colla forbice quei due monconi, cercando di cadere giusto nel profondo solco che i lacci costrittori aveano scavato; e ciò nulla di meno ebbi un po' di sangue, che dovette frenare con un piumacciuolo di sfili bagnati in soluzione di percloruro di ferro.

Ho bisogno di affermare che se non fosse stato per la medicatura listeriana, avrei perduto la inferma o per acuta ed estesa infiammazione icorizzata della crisi e suo contenuto, o per conseguente peritonite, o per setticemia consecutiva immediata?

Venne in quistione nel momento di chiudere la ferita l'idea di mettere un tubo a *drainage* vagino-cisto-pelvico. La difficoltà della manovra, essendo la inferma vergine e con imene forte e stretto e la certezza all'occorrenza di potersi rimediare con buon *drainage* per la ferita e frequenti medicature, ci fece rinunciare a quella proposta. Difatti come furono disposte in prosieguo le cose, la rimozione dei prodotti dal cavo cistico non potea farsi più cempleta e continua di quello che si fece, senza avere poi alcuno degli inconvenienti del *drainage* vaginale.

Il caso di ovariotomia incominciata e non potuta terminare non è stato raro nella pratica degli ovariotomisti, ora perchè le aderenze per la loro estensione non han potuto affatto sciogliersi, ora perchè la cisti s' è trovata complicata a tumori; e tutti e due aderenti tra loro e con altri visceri, ora perchè invece di cisti s' è trovato tumore cistico dell' utero, il quale non potendosi e non volendosi comprendere nell'asportazione ha reso il compimento dell' operazione impossibile.

Agli operatori, ai quali per la prima volta accadde un incidente simile, fece una grande e giusta impressione un tale contratempo, imperocchè ciascun caso simile fu a bella prima giudicato certamente fatale — e perciò tutti gli sforzi dei chirurgi operatori furono diretti poi a rendere più rara quella disgrazia, perfezionando nella miglior maniera il diagnostico. Ciò nulladimeno la statistica delle operazioni incominciate e non terminate si fece sempre più numerosa, ove crebbero ogni giorno ed in ogni paese gli ovariotomisti.

Da tutti questi casi, che si reputavano dapprima più gravi di quello che erano, alla scienza venne quest'importante ammaestramento, e cioè anche quando la cisti non si può estirpare affatto, o solamente una porzione, può bene avvenire la guarigione radicale.

Spencer Wells nel suo ben noto libro riporta molte osservazioni sue e di altri in pruova di quel fatto — (osserv: 5.ª 7.ª (M. Soden) 17.ª (D. Worms) 23.ª (D. Budd) [1]) osserv: 4.ª (Richardson) 7.ª (Eastbuorne) 9.ª (Riddley del Canada) 12.ª (Perks di Portsea) 16.ª (Thomas di Leyden) 19.ª (Bowman di Ripon) 21.ª (Garen di Londra) 24.ª (Buvy di Wisbach)) [2]).

Dalla pratica del Thornton, chirurgo del noto Samaritano Hospital, (dove opera Spencer Wells), dello Smith, Hewitt, e di Pean specialmente vengono riferiti molti casi somiglianti, nei quali la guarigione potè compiersi dopo più o men lunga suppurazione, processo granulante ed obliterazione cicatriziale consecutiva.

Dopo tutta quest'esperienze la chirurgia moderna non dà alla probabile esistenza di aderenze tutto il valore di un'assoluta controindicazione all'operazione; imperocchè le aderenze possono essere vinte, e possono non essere generali e perciò permettere la parziale estirpazione della cisti; ed anche quando sono generali e del tutto invincibile la speranza di guari-

---

[1]) Diseases of the ovaries 1872 pag. 466.

[2]) Sechs Vorträge von T. Spencer Wells ueber die Diagnose und. chir: Behand: des Unter-leibs-geswulste ver-deutscht von D. Junger 1878.

gione non è del tutto perduta. In questo ultimo caso le opinioni degli operatori sono alquanto dissenzienti.

Alcuni riconosciuta l'assoluta impossibilità di vincere le aderenze, cuciono le due margini interno ed esterno della ferita, cioè avvicinano la parete cistica al margine cutaneo, e lasciano aperta la ferita, per la quale praticano un ben appropriato *drainage* e medicatura antisettica, ed attendono l'esito della suppurazione. Altri poi riconosciuta critica la partita chiudono per prima la ferita, pensando che l'aver aperto la cavità cistica e richiuderla sia un'operazione appena più grave della semplice paracentesi; tanto è ciò vero che oggi nei casi dubbi assai nella diagnosi, nei quali nonpertanto é richiesto un pronto compenso degli incommodi e minacce della vita, si praticano ad uso esclusivo diagnostico le incisioni addominali lunghe da permettere l'introduzione della mano a verificare la posizione delle cose.

Spencer Wells per es. riferisce di 24 casi, pei quali l'incisione esplorativa fu fatta; ebbene 17 o guarirono o migliorarono, e 7 morirono.

Otto Spiegelberg riferisce di 4 incisioni esplorative da lui eseguite; la prima condusse ad un'oavariotomia, ed alla guarigione — la seconda ad una parziale estirpazione di cisti retroperitoneale di echinococco, ed alla guarigione, la terza portò a morte dopo tre mesi, e la quarta fu seguita da guarigione della ferita, ma il tumore retroperitoneale proseguì il suo corso [1]).

Nel caso mio l'incisione fu fatta dapprima piccola, e quando le aderenze fecero sperare di potere essere vinte, allora la si prolungò. — Nè si poteva più pensare a cucire labbro interno ed esterno della ferita; perchè la porzione anteriore della parete cistica era scollata e ridotta a brandelli. Mi convenno perciò applicare il clamp.

Questa osservazione mentre prova la possibilità di guarigione anche a parete cistica non asportata, mostra eziandio la possibilità della obliterazione del cavo cistico per infiammazione adesiva.

---

[1]) Die Diagnose der Eierstockstumoren, 1879.

(Estratto dal Mov. Med.-Chir.)